

# 马克思主义学院 2024 年普通招考学术学位博士研究生 复试录取工作方案

根据教育部有关博士研究生招生工作的文件精神 and 学校有关文件精神，特制定马克思主义学院 2024 年普通招考学术学位博士研究生复试录取工作方案：

## 一、复试相关工作安排

(一) 复试时间：5 月 11 日 下午 14:30

复试地点：马克思主义学院立德讲堂

(二) 复试形式和主要内容

### 1. 复试形式

我院 2024 年博士研究生复试采取现场面试形式进行，每名考生的面试时间一般不少于 20 分钟。

### 2. 复试主要内容

(1) 专业能力测试

(2) 综合素质测试

(三) 复试程序和相关要求

### 1. 资格审查

学院对考生提交的资格审查材料进行核查，资格审查不合格的  
考生不得参加复试。

### 2. 缴纳复试费

考生通过网络缴纳复试费，复试费标准为 120 元/人次。逾期不  
交费者视为主动放弃复试资格。（缴费说明详见附件 1）

### 3. 思想政治考核

根据考生提供的《2024 年博士研究生复试考生思想政治情况审查表》（附件 2），在复试期间对考生的思想政治素质和道德品质进行考核，考核结果评定为合格或不合格。

#### 4. 体检

体检标准参照教育部、原卫生部、中国残联印发的《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学〔2003〕3 号）要求，按照《教育部办公厅卫生部办公厅关于普通高等学校招生学生入学身体检查取消乙肝项目检测有关问题的通知》（教学厅〔2010〕2 号）规定执行。

拟录取的博士研究生，在拟录取名单公布后 7 天内将二级以上医院出具的体检报告扫描件提交到邮箱 hnsdmyyh@163.com。《湖南师范大学研究生体格检查表》附后（附件 3）。

体检结果为合格或不合格。

## 二、总成绩核算办法

一志愿考生的总成绩为初试总成绩与复试成绩之和，即总成绩=初试总成绩+复试成绩。

## 三、录取程序及办法

学院按照研究生院下达的招生计划，根据总成绩从高分到低分确定拟录取名单。总成绩相同时，初试总成绩高的考生优先录取。总成绩和初试总成绩均相同时，初试两门业务课总成绩高的考生优先录取。总成绩、初试总成绩和初试两门业务课总成绩均相同时，通过复试小组投票的方式决定考生的最终排名（复试小组人数为偶数时，随机抽签减少 1 人后投票，不投弃权票）。

有下列情形之一的考生不予录取：面试成绩低于 120 分；资格审查不合格；体检不合格；思想政治情况考核结果被评定为不合格。

#### 四、联系人及方式

联系人：周老师 联系电话：0731-88872671

#### 五、马克思主义学院地址：

长沙市岳麓区麓山南路 36 号景德楼一楼



湖南师范大学马克思主义学院

2024 年 4 月 29 日

- 附件 1、湖南师范大学 2024 年博士研究生复试费缴费说明
- 附件 2、湖南师范大学 2024 年博士研究生复试考生思想政治情况
- 附件 3、湖南师范大学研究生复试体格检查表

## 湖南师范大学网络自助缴费平台 研究生复试费缴费操作流程

1. **关注微信公众号：**搜索并关注“湖南师范大学财务处”公众号
2. **业务办理：**进入微信公众号，点击屏幕下方“业务办理”，→选择“学生缴费”
3. **完善信息：**进入网络自助缴费平台，首次登录请点击“游客”选项，→点击“确认”输入学生相关信息（学号选项请录入考生编号），→点击“缴费/查询”
4. **缴费步骤：**点击“考试费”项目，勾选“缴费年度”与“缴费项目”，→点击屏幕右下角“去支付”，→确认缴费年度和缴费项目后勾选缴费方式，→点击“缴费”，页面跳转至“湖南非税收缴服务平台”小程序，→点击“打开”→点击“立即支付”→输入支付密码→支付成功后点击“完成”→点击“我已支付成功”→点击“返回首页”
5. **电子票据下载：**点击“我的记录”→点击“已支付”→点击“下载电子缴款书”

备注：

1. 支付成功后，电子缴款书生成需一定时间，请耐心等待。

# 湖南师范大学 2024 年博士研究生复试考生思想政治情况

## 审 查 表

姓 名		性 别		年 龄		政治面貌	
考生现实表现情况（包括考生的政治态度、思想表现、道德品质、遵纪守法、诚实守信等方面）							
考生所受奖惩情况							
考生所在单位 负责人签名：	公章（考生档案所在单位 人事或政工部门公章） 年 月 日						

# 湖南师范大学研究生复试体格检查表

报考学院:

报考专业:

考生编号:

姓名		性别		出生	年 月 日	婚否		照片 (公章)					
报考时最高学历		民族		毕业学校									
籍贯				毕业时间									
考生所在单位名称													
考生联系电话及QQ邮箱													
既往病史													
家族病史													
五官科	眼	视力	右		矫正 视力	右		矫正后 共同视力		色觉		医生意见        签字	
			左			左							
	砂眼	右				其他 眼疾							
		左											
	耳	听力	右				耳病						
			左										
	鼻	嗅觉					鼻及鼻窦疾病						
	唇腭					咽喉			口吃				
齿					齿脱落			齿槽 脓漏					
其他													
外科	身高	厘米	胸围	厘米	肺活量						医生意见     签字		
	体重	公斤	呼吸差	毫升	皮肤								
	淋巴					脊柱							
	四肢					关节							
	泌尿生殖器					肛门							
	疝					其他							

内科	脉搏	次/分钟	血压	/ 毫米汞柱	医生意见
	发育状况		营养状况		
	神经及精神疾病				签字
	肺呼吸道疾病				
	心脏及血管疾病				
	腹腔器官疾病				
	月经史				
	其他				
化验检查					化验员签字
DR 检查					医师签字
心电图					
其他检查					
诊断结论					负责医师（盖章）
审查意见					
备注					

请双面打印此表

2024 年 月 日